TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Gustave BOISSARIE,

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS, MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

CANDIDAT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Section des membres correspondants nationaux.)

SARLAT

IMPRIMERIE MICHELET, RUE DE LA CHARITÉ.

—

1887

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Docteur GUSTAVE BOISSARIE.

1859 Interne des hôpitaux de Paris.

1860 Membre de la Société médicale d'observation.

1862 Docteur en médecine.

1866 Lauréat de la Faculté de médecine de Bordeaux, membre de la même Société.

1873 Membre de la Société de médecine de Paris.

1875 Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Membre correspondant de la Société de médecine légale.

1876 Membre de la Société de médecine publique et d'hygiène.

1879 Membre correspondant de l'Académie de Bordeaux.

Vice-président de l'Association médicale de la Dordogne.

Médecin de l'hôpital, des prisons, du collège de Sarlat, médecin du chemin de fer d'Orléans.

Officier d'Académie.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

PUBLICATIONS DIVERSES.

1° Du rhumatisme cérébral (*Gazette des hôpitaux*, 1858).

2° Des rétrécissements de l'urèthre et des bougies médicamenteuses (id. 1862).

3° De la Sacro-Coxalgie (Thèse, 1862).

4° De l'opération césarienne (travail lu à la Société de chirurgie, 1864).

5° Pied bot hystérique guéri par les injections d'atropine (*Gazette des hôpitaux*, 1864).

6° Choléra infantile (Mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux. Médaille d'argent, 1866).

7° De l'Embolie, son étude critique (Mémoire envoyé au concours de 1867 de la Société de médecine de Bordeaux).

8° Des corps étrangers de la trachée (*Gazette des hôpitaux*, 1866).

9° Des hémorrhagies utérines et des injections de perchlorure de fer, 1867.

10° Uréthrotomie externe sans conducteur, 1869.

11° De la chûte du rectum et du procédé de Robert, 1873 (*Gaz. des hôp.*).

12° De la taille uréthale chez la femme, 1872 (*Gazette des hôpitaux*).

13° De l'étranglement dans les hernies irréductibles (*Trib. méd.*, 1874).

14° Notes et réflexions sur quelques cas de phlegmons péri-utérins (Mémoire présenté à la Société de Médecine de Paris, 1874).

15° De la cautérisation du col de l'utérus et de ses dangers *(Annales de gynécologie*, 1874).

16° Les médecins célèbres du Périgord, xve et xvie siècles. Ervé, Fayard, Jean Rey, Pascal *(Bulletin de la Société médicale*, 1874).

17° Du Céphalotribe et de ses abus (Mémoire présenté à la Société de Chirurgie, 1876).

18° Note communiquée à l'Académie de Médecine sur une épidémie de fièvre typhoïde déterminée par les eaux potables.

19° Des indications de l'ovariatomie *(Gazette des hôpitaux*, 1877).

20° Note sur les fibroïdes intra-utérins *(Annales de gynécologie*, 1876).

21° Kyste hémorrhagique du sinus maxillaire (Mémoire lu à la Société de Chirurgie, 1879).

22° De l'Ergotine et de ses dangers (Travail lu à l'Académie de Médecine, mars 1880).

23° Epidémie de paralysies diphthéritiques, diphthérie sans angine (Mémoire présenté à l'Académie de Médecine, 1882).

24° De la Tente Eponge dans la dilatation du col, ses inconvénients, ses dangers *(Annales de gynécologie*, décembre 1883).

25° De l'hystérectomie dans les tumeurs fibreuses de l'utérus *(Annales de gynécologie*, 1885).

1862. — De la Sacro-Coxalgie.

(Thèse pour le doctorat en médecine.)

La Sacro-Coxalgie n'a été l'objet jusqu'à ce jour que d'un petit nombre de travaux, la plupart des auteurs n'en parlent qu'incidemment, à propos du diagnostic de la coxalgie. Son histoire, du reste, est de date moderne, et avant la fin du siècle dernier, elle n'avait pas été décrite. A Paris, dans la collection des thèses de la Faculté, on n'en trouve qu'un nombre très restreint sur cette matière; Delens, dans sa thèse d'agrégation, en cite quatre. Velpeaud, au début de sa carrière, s'était occupé de la Sacro-Coxalgie. On retrouve le résumé de ses études dans les archives de médecine et dans divers passages de ses cliniques. C'est sous son inspiration que nous avons écrit cette thèse qui résumait tout ce qui avait été à cette époque publié sur la matière. Nous y avions ajouté quelques observations personnelles qui présentaient de l'intérêt.

Opération césarienne suivie de succès pour la mère et l'enfant.

(Travail présenté à la Société de Chirurgie, 1864.)

On se souvient à peine aujourd'hui des résultats funestes que les grandes opérations présentaient dans les hôpitaux de Paris. L'opération césarienne, en particulier, était presque toujours suivie de mort et devenait une entreprise d'une folle témérité. En province, au contraire, à la campagne surtout, les opérations suivies de succès étaient assez nombreuses; les conditions de milieu mettaient à l'abri de toute complication aussi bien et mieux que n'ont pu le faire plus tard tous les procédés antiseptiques. Il y avait donc lieu, comme je le disais dans mon travail, de ne pas appliquer à la province la proscription qui frappait à Paris l'opération césarienne; puisque dans des cas semblables au mien,

la nature semblait faire tous les frais de la guérison, il était impossible de récuser un tel bénéfice et la pratique des grandes villes n'était plus suffisamment justifiée parmi nous. C'était bien la nature qui faisait les frais de la guérison. car, dans le fait que je citais, j'avais opéré presque seul, la nuit, loin de tout secours, dans une maison isolée ; j'avais dû écarter l'épiploon qui recouvrait l'utérus ; deux fois les intestins avaient fait irruption au dehors, et j'avais dû les refouler avec les mains imprégnées de sang. Une assez grande quantité de sang dût s'épancher dans le péritoine, je ne pus pratiquer de lavage avec un utérus largement ouvert et qui se contractait mal ; c'est dans ces conditions, avec une suture très imparfaite, que j'obtins une réunion par première intention et une guérison sans accidents. Ces faits seront toujours importants à retenir, car ils montrent de quels efforts la nature est capable pour réparer les plus grands désordres de l'économie, lorsqu'elle n'est pas entravée dans sa marche par des germes puisés dans un milieu contaminé.

Choléra infantile. — Epidémie observée pendant les mois d'août 1863-1864.

(Mémoire couronné par la Société de Médecine de Bordeaux. Médaille d'argent grand module, concours de 1865.)

Dans ce Mémoire, nous démontrions que cette affection, à juste titre surnommée maladie d'été, éclate surtout pendant le mois d'août, atteint principalement les enfants dans le courant de la seconde année, paraît liée aux phénomènes de la dentition, surtout à l'apparition des premières molaires, enfin correspond en général au moment du sevrage.

On peut, chez tous les enfants mal nourris et en toute saison, observer des entérites cholériformes, mais on n'observe véritablement ces épidémies meurtrières que dans le courant de l'été ; la maladie revêt alors un caractère de gravité exceptionnel.

Nous cherchions principalement à mettre en relief dans notre Mémoire

les avantages d'un traitement tonique; laissant au second plan tous les moyens pharmaceutiques, nous insistions surtout sur l'utilité des frictions sèches ou alcooliques, le thé, le café, le punch et les vins généreux; sur la nécessité d'une alimentation appropriée à l'âge de l'enfant : le sein de la nourrice, ou le jus de viande crue, si le petit malade était sevré; ces principes étaient ceux des Américains qui, blâmés d'abord par leurs contemporains d'Europe, nous précédaient pourtant de quarante ans dans la voie que nous suivons aujourd'hui.

De l'Embolie. — Son étude critique.

(Mémoire présenté en 1867 à la Société de Médecine de Bordeaux.)

C'est en France, dans la première moitié du XIXe siècle, qu'ont paru les premières études sur l'embolie. Nous avons véritablement donné l'essor aux découvertes allemandes; c'est cette pensée que M. Verneuil, dans une brillante improvisation au Congrès de Bordeaux, rendait si bien : « Nous, Français, disait-il, nous jetons dans le monde des torrents d'ébauches et de matériaux, d'autres peuples s'emparent des objets sortis imparfaits de nos mains, les liment, les polissent, les achèvent. C'est ainsi qu'il est sorti de cet atelier anatomique qu'on appelle l'École pratique de Paris, des travaux importants, mais inachevés, sur les coagulations fibrineuses; ces travaux ont passé le Rhin, et les Allemands nous les ont rendus avec usure, après les avoir enrichis de la thrombose et de l'embolie. »

Pendant notre internat chez Briquet, nous avions fait l'autopsie d'un malade atteint de phlébite et emporté par une embolie; le fait était des plus intéressants, il méritait alors surtout d'être conservé comme un des plus probants. Cette observation servait de base à notre Mémoire, et nous étions parti de là pour faire une étude critique des principaux travaux parus sur l'embolie.

Epidémie de paralysies diphthériques. — Diphtérie sans angine.

(Gazette hebdomadaire 1881.*)*

Ce travail, présenté à l'Académie de Médecine en 1881 pour le prix Saint-Paul, tendait à établir, à démontrer que l'angine n'est pas la cause de la paralysie, que la paralysie est la conséquence directe de l'intoxication diphtérique. Jusqu'alors, pourtant, on n'avait pas vu le poison morbide atteindre primitivement le système nerveux avant l'apparition des fausses membranes ou même en leur absence. Mais voilà que dans une épidémie dont j'avais été le témoin et dont j'avais failli être la victime, j'avais constaté :

1° Des paralysies survenant d'emblée, sans angine, sans aucune poussée sur la peau ou les muqueuses, emportant les malades en quelques heures ou en quelques jours.

2° Dans d'autres cas, ces paralysies étaient suivies d'angines couenneuses au lieu d'être précédées par elles.

3° Au milieu de tous ces faits exceptionnels, j'observais des angines couenneuses évoluant suivant la loi commune, n'étant précédées ni suivies d'aucun symptôme paralytique.

C'est dans le rapprochement de ces deux ordres de faits, observés dans le même temps et dans les mêmes lieux, que nous trouvons la preuve que la diphthérie, dans ses formes malignes, peut rompre absolument avec ses allures ordinaires, renverser l'ordre habituel de ses symptômes, épuiser son action en la concentrant toute entière sur le système nerveux.

Nous avons pu établir ainsi l'indépendance des paralysies diphthériques de tous les autres symptômes, elles ne sont plus alors des accidents secondaires, ne pouvant exister sans une lésion primitive ; elles peuvent, à elles seules, définir et résumer la maladie toute entière.

Ces paralysies, d'ailleurs, auront la singulière fortune d'avoir été reconnues et démontrées par deux médecins qui ont pu en étudier sur eux-mêmes l'évolution et les symptômes.

Herpin, de Tours, atteint d'une paralysie diphthérique, fit toucher du doigt à Bretonneau la cause et l'origine de sa maladie et lui montra

que la diphthérie pouvait étendre son action sur le système nerveux; à partir de ce jour, l'existence de ces paralysies fut définitivement admise.

Atteint moi-même d'une paralysie incomplète du voile, paralysie contractée au milieu d'un foyer diphthéritique, survenue d'emblée sans aucune trace d'angine, j'ai pu essayer de démontrer que ces paralysies ne sont pas seulement une conséquence ou une complication de l'affection principale, mais peuvent, dans certains cas, constituer à elles seules la maladie toute entière, en étant alors la plus haute et la seule expression de l'intoxication diphthéritique.

L'épidémie que nous avions observée avait pris naissance le 15 octobre 1880, dans une maison composée de cinq personnes, et, dans l'espace de dix jours, ces cinq personnes avaient été emportées par une maladie d'allure étrange que les médecins ne pouvaient qualifier. Tous ces malades avaient présenté, dès le début, des symptômes de paralysie du pharynx, paralysie qui avait gagné la langue, les lèvres, enfin le diaphragme et le cœur, et, à côté de cette maison, du même côté de la rue, sur une longueur de cent mètres, quatre malades étaient dans des conditions semblables, présentant les mêmes symptômes du côté du pharynx et du voile du palais.

Mon embarras était grand pour interprêter et qualifier une affection aussi singulière. Je communiquai mes doutes à mon cher ami le docteur Maurice Reynaud, qui me répondait : « Le cortège de symptômes que vous me décrivez est tellement insolite, que je suis absolument dérouté, et que je ne sais même dans quelle direction entreprendre une recherche qui puisse être profitable. Vos malades n'auraient-ils pas été antérieurement atteints de diphthérie ou *placés dans un milieu diphthéritique qui ait pu les impressionner?* Ce serait bien extraordinaire, mais enfin ces cas semblent se rapprocher de cette variété de paralysie plus que de toute autre. En toute hypothèse, vous me paraissez avoir mis la main sur un fait capital. »

Ainsi, avec un sens clinique parfait, le docteur Reynaud touchait du doigt le point juste, la signification exacte de ces symptômes insolites.

Le docteur Hayem, auquel je m'étais également adressé, me disait encore : « Les faits dont vous me parlez sont très intéressants; je ne

connais rien d'analogue, et je ne crois pas que l'on puisse trouver dans les journaux de médecine d'observations qui s'en rapprochent. »

C'est ainsi que nous avons dû suspendre tout jugement définitif sur la nature de la maladie.

Au début, du reste, l'épidémie était si violente, l'intoxication si profonde, la mort si rapide, qu'il était impossible de saisir la trace de l'affection principale et que l'évolution des symptômes restait incomplète ; sur le déclin de l'épidémie, dans les formes atténuées de la maladie, nous avons retrouvé certains signes qui ont pu nous servir de jalons et nous découvrir la cause et la nature de ces accidents. Les premiers malades ne présentent que des symptômes de paralysie, le sixième, pris comme les précédents, voit se développer, au dixième jour de sa paralysie, une vaste exsudation couenneuse qui remplit la gorge et la bouche ; enfin, tout autour du foyer de l'épidémie, plusieurs enfants succombent avec tous les symptômes d'angines couenneuses.

Si l'on m'objectait que chez les premiers malades les fausses membranes ont pu passer inaperçues, j'ajouterais que dans l'observation qui m'est personnelle, je m'observais avec un soin et un intérêt bien légitimes, et que je n'ai jamais éprouvé aucun accident du côté de la gorge, et, cependant, je fus pris brusquement de paralysie diphtéritique ; pendant deux mois, je vis se dérouler sur moi-même tous les symptômes que j'avais observés chez mes malades : faiblesse générale, troubles de la vue, albumine dans les urines, lenteur du pouls, difficulté extrême pour avaler, surtout les liquides, sensation de corps étranger, surtout au niveau du voile, etc.

Cette épidémie commençait le 13 octobre, elle s'est terminée le 30. Dans ces dix-sept jours, nous avons relevé onze cas, et sur ces onze cas cinq sont morts. Tous les malades situés dans la première maison sont morts ; seul, j'étais en dehors du foyer de l'épidémie ; mais, par mon contact fréquent avec les malades, j'ai été soumis aux mêmes influences.

Au moment même où nous signalions cette épidémie, le docteur Bertillon écrivait dans ses bulletins (11 novembre 1880) : « Le fait grave entre tous, dit-il à ce même moment, ce sont les hécatombes par diphthérie, c'est par foyers que l'affection se propage ; ainsi, dans le

quartier Saint-Victor, tous les enfants qui en ont été victimes fréquentaient une même école. »

Nous avons dit quelle avait été dès le début l'opinion des professeurs Raynaud et Hayem, alors que la preuve n'était pas absolument faite sur la nature de ces paralysies.

Le docteur Archambeault, dans ses cliniques à l'hôpital des Enfants, citait notre relation comme une preuve certaine de l'indépendance des diverses manifestations diphthéritiques.

Le docteur Cadet de Gassicourt, dans son traité des maladies de l'enfance, reproduit notre Mémoire presque en entier et adopte entièrement nos conclusions.

Enfin, dans la clinique des Quinze-Vingt, nous trouvons dans un travail sur les troubles de la vue à la suite de la diphthérie, la confirmation de tous les signes observés chez nos malades pendant la durée des symptômes paralytiques.

Nous avons donc pu mettre la main sur un fait exceptionnel, des plus rares, si l'on veut, mais qui éclaire d'un jour nouveau la nature de la diphthérie, qui provoquera de nouvelles recherches, et de la sorte nous avons pu ajouter une note importante à l'histoire des paralysies diphthéritiques.

Du Céphalotribe et de ses abus.

(Mémoire lu à la Société de Chirurgie en 1875, suivi d'un rapport par M. Guéniot.)

En se vulgarisant, la céphalotripsie tend à sortir de ses limites naturelles. Ce n'est pas seulement à l'opération césarienne qu'elle se substitue, mais encore elle empiète sur le domaine du forceps ; elle n'est pas réservée pour les rétrécissements avancés du bassin, mais même pour les cas de moyenne difficulté. De ce côté les conséquences sont graves.

En acceptant les statistiques publiées par les Anglais, nous devons admettre que sur mille céphalotripsies, quatre cents à peine sont pratiquées pour des rétrécissements du bassin. Les six cents autres sont-elles égale-

ment justifiées ? et sur ce nombre combien d'enfants vivants sont sacrifiés sans nécessité absolue ! Il y a certainement là un grave sujet d'études.

Le céphalotribe n'est plus un instrument de réserve, c'est un second forceps que l'on emploie contre des difficultés parfois très légères. C'est une arme dangereuse qui se trouve aujourd'hui entre les mains de tous les médecins. Cette arme ne peut rester en nos mains qu'à la condition d'être bien connue, bien utilisée.

En dénonçant les empiètements du céphalotribe sur le forceps, nous avons voulu protester contre une pratique profondément regrettable. Quoique ces abus ne soient point prémédités, ne soient la conséquence d'aucune théorie et soient plutôt le résultat de l'erreur ou de l'inexpérience, les conséquences n'en sont pas moins fâcheuses, et il importe hautement de les signaler.

Combien de fois déjà n'avons-nous pas été mandé pour terminer par la céphalotripsie, des accouchements dont la prétendue difficulté résidait, pensait-on, dans un rétrécissement du bassin ! rétrécissement bien imaginaire, car il suffisait d'une simple application de forceps pour amener avec facilité l'enfant au dehors. L'insuccès des premières tentatives ne reconnaissait évidemment d'autre cause que l'inexpérience de l'opérateur. Heureux encore quand une sage prudence avait inspiré, à temps, l'idée de réclamer du secours ! Dans d'autres cas, il existait bien réellement un obstacle à l'extraction, mais un de ces obstacles que l'on peut vaincre à l'aide du forceps, pourvu que les tractions soient bien dirigées, soutenues et plus ou moins énergiques.

M. le docteur Guéniot, en terminant son rapport, concluait en disant :

« Le mémoire de M. Boissarie ne se compose pas seulement d'observations cliniques. Outre les réflexions dont celles-ci sont accompagnées et qui généralement m'ont paru judicieuses, ce travail renferme encore l'indication du remède qu'il conviendrait d'opposer aux abus signalés. Sur ce point particulièrement délicat, l'auteur a su dire avec finesse tout ce qu'il voulait dire.

» M. Boissarie remarque avec raison que généralement on ne publie pas les faits malheureux de la pratique. C'est, en effet, chose délicate de confesser des erreurs comme celles que nous ont révélées les observations

de son Mémoire ; et, d'une autre part, les relations confraternelles ne permettent guère à celui qui les a redressées d'en livrer le secret au public. Nous devons donc savoir gré à notre confrère d'avoir choisi un tel sujet pour texte de son travail ; d'autant qu'il a su le traiter avec convenance et sans faire aucune allusion qui puisse compromettre la réputation des confrères intéressés. »

Notes et réflexions sur quelques cas de phlegmon péri-utérin.

(Mémoire présenté à la Société de Médecine de Paris, 1854.—Rapport par le docteur Gallard, lu à la Société de Médecine de Paris, 10 janvier 1874.)

Cette question des phlegmons péri-utérins a eu le privilège, il y a dix ou douze ans, d'attirer beaucoup l'attention et de provoquer de nombreux travaux ; le sujet pourrait paraître épuisé. Nous avons pensé cependant que les faits que nous rapportons pourraient présenter quelque intérêt. Nous les avons observés sur des personnes d'une bonne santé habituelle, dans un milieu salubre, en dehors des mauvaises conditions diathésiques qui, souvent dans les hôpitaux, viennent masquer toutes les affections secondaires qui ont pu leur servir de point de départ. Ainsi comprises, elles se rapprochent peut-être davantage de leur physionomie et de leur type réel.

Dans les faits que nous avons observés, nous avons pu négliger un peu les questions de tempérament, de diathèses, pour chercher davantage dans les conditions locales la cause de la durée parfois interminable de ces affections.

Les abcès de la marge de l'anus devenus fistuleux ne peuvent guérir spontanément. Les abcès pleuraux réclament les lavages modificateurs.

Les abcès péri-utérins réclament, eux aussi, un traitement spécial. Lorsqu'ils n'ont plus de retentissement sur l'économie, lorsque la santé générale est refaite, ils constituent un accident local qui appelle une médication de même nature. Il importe d'autant plus d'éteindre ces restes de foyers, que parfois ils ravivent les premiers symptômes inflamma-

toires, remettent de nouveau la vie des malades en péril, et sont, dans tous les cas, pour elles une menace constante.

Pour répondre à cette indication, nous avons, chez notre troisième malade, fait des injections iodées dans la cavité de l'abcès. Ces injections n'entraînèrent ni inconvénient ni complications d'aucune sorte. Non-seulement elles furent inoffensives, mais encore elles modifièrent heureusement les surfaces malades.

Dans le rapport de M. Gallard sur notre Mémoire, M. Gallard discutait avec nous l'influence de ces abcès sur l'état général et, en particulier, sur le développement de la phthisie, leur influence sur les grossesses ultérieures, et il concluait en disant : « Je suis loin d'avoir épuisé chacune des questions intéressantes que soulève la lecture attentive du travail de M. Boissarie ; j'ai seulement voulu les poser nettement, afin de provoquer la discussion sur celles à propos desquelles les avis peuvent être partagés, et laisser à l'observation ultérieure le soin de les résoudre. »

Tumeur sanguine, développée dans le tissu maxillaire.

(*Bulletin de la Société de Chirurgie*, novembre 1879.)

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que cette tumeur s'est développée en dehors de tout traumatisme et qu'un kyste muqueux du sinus a servi de point de départ à une énorme tumeur sanguine. Alors, en effet, que ce kyste muqueux s'était transformé en une sorte de poche anevrysmale dans le sinus maxillaire, un autre kyste muqueux avait conservé ses caractères primitifs dans le sinus frontal.

De l'Ergotine et de ses dangers.

(Mémoire lu à l'Académie de Médecine, 6 avril 1880.)

Dans ce Mémoire, nous citions l'observation d'un jeune enfant traité pendant trois mois par l'ergotine pour une incontinence d'urine, et emporté brusquement par une gangrène du poumon.

La principale conclusion qui nous semblait découler de ce fait, c'est qu'il fallait abandonner de plus en plus la voie stomacale pour recourir aux injections, qu'il y avait danger à saturer l'économie, que l'on ne pouvait admettre en pratique que trois centigrammes en injections équivalent à deux grammes par la bouche.

De la cautérisation du col de l'utérus. — Des accidents qu'elle peut entraîner.

(*Annales de gynécologie.*)

Il existe, disions-nous dans ce travail, des susceptibilités individuelles qui ne sont que des exceptions dans la loi commune, mais qui ne se prêtent pas sans danger à la pratique générale.

L'intérêt de nos observations réside surtout dans ce défaut de relation entre la cause et les effets produits.

Je suis porté à croire que tous les médecins ont rencontré des cas semblables aux miens, mais je crois qu'il y a intérêt à les faire connaître et à les publier.

Des fibroïdes intra-utérins.

(Mémoire présenté à la Société de Chirurgie, novembre 1875.)

Le fait que nous analysons vient confirmer une donnée assez généralement admise et qui établit que l'on peut laisser sans danger dans la matrice une portion du corps fibreux. Mariom Sims cite plusieurs exemples d'ablation partielle ; le Dr Polaillou rapportait à la Société de Chirurgie la relation d'un polype sectionné loin de son point d'implantation, et qui avait peu à peu disparu entièrement. La septicémie ou l'infection putride sont loin d'être la règle à la suite du sphacèle que peut entraîner l'extirpation incomplète.

En résumé donc, si l'enlèvement d'un fibroïde intra-utérin bien pédiculé et de moyen volume est une opération sûre et facile, l'extirpation complète d'un fibroïde très volumineux, à attache sessile, est excessivement dangereuse. Le soin ou le désir de débarrasser à tout prix les malades d'une affection qui les tourmente, peuvent seuls faire oublier qu'une opération accompagnée de tant de dangers ne peut se justifier que par une indication pressante et des accidents qu'on ne peut conjurer par tout autre moyen.

Dans le fait actuel, nous avions à lutter contre une énorme tumeur fibro-kystique, qui simulait une grossesse de six mois et remontait jusqu'à l'ombilic. Ces tumeurs, par leur marche rapide, leur développement considérable, appartiennent à la classe la plus dangereuse des fibroïdes intra-utérins. Cependant, il a suffi de retrancher, par des excisions partielles, les parties mortifiées pour arrêter tous les accidents et attendre le retrait graduel de ce corps fibreux. Après trois ans d'une amélioration qui ne s'est pas démentie, nous avons tout lieu d'espérer que nous obtiendrons la disparition à peu près complète de cette excroissance. Si, au contraire, nous avions voulu quand même, par des manœuvres laborieuses, des opérations multipliées, sectionner ce polype au niveau de son point d'implantation, nous aurions fait courir à cette malade les plus grands dangers, et notre observatiun viendrait probablement grossir le nombre déjà trop grand des cas malheureux.

Nous pouvons donc conclure que, pour se croire autorisé à pratiquer une opération aussi grave, il faut assurément qu'on la considère comme l'unique chance de salut pour la malade. Il ne suffit pas que la vie paraisse compromise ; il est nécessaire qu'elle soit fatalement menacée et que le chirurgien puisse dire : Si l'opération n'est pas faite, la malade mourra prochainement.

Cette conclusion, peut-être trop absolue, ne peut se justifier que par le résultat obtenu. La santé de cette femme est encore aujourd'hui parfaite et toute trace du polype a disparu.

Tumeur fibreuse de l'utérus. — Hystérectomie.

(1885, *Annales de gynécologie.*)

Le fait que nous allons résumer est surtout intéressant par le volume extraordinaire de la tumeur : c'était une masse du poids de 37 kilogrammes. C'est peut-être le seul exemple d'une tumeur aussi considérable qui ait été publié. Dans ces conditions, notre malade, jeune, grande, robuste, était un véritable phénomène ; tout surprenait en elle, sa démarche, ses allures, et ce n'était que par un prodige d'équilibre et en se renversant fortement en arrière qu'elle pouvait contrebalancer le poids de cette énorme tumeur qui descendait jusqu'aux genoux. Nous avons pu la faire photographier avant l'opération, et conserver ainsi l'image fidèle d'un fait aussi surprenant.

Si cette tumeur était remarquable par sa masse, elle ne l'était pas moins par sa composition ; en effet, c'était une tumeur entièrement solide, homogène, sans kystes, sans cavités, sans liquides d'aucune sorte ; c'était un fibrome pur ; chose rare, car presque toujours ce sont des tumeurs fibro-kystiques que l'on rencontre dans ces conditions.

Enfin, les connexions de la tumeur avec les organes voisins présentaient ceci de particulier, qu'elle était parfaitement libre, sans adhérences trop intimes, sans prolongements ou racines entre les viscères, refoulant les

organes dans tous les sens sans fusionner avec eux ; de la sorte sa dissection a été relativement facile. Ainsi, volume très considérable de la tumeur, texture fibreuse sans vacuoles, indépendance des autres organes, tels sont les traits distinctifs de l'observation.

Les indications de l'hystérectomie dans notre observation peuvent être discutables. Nos confrères de Bordeaux, MM. Desmons et Lannelongue, pensaient que l'opération n'avait aucune chance de succès. L'avenir leur a donné raison ; cependant, ce qui les arrêtait surtout, c'étaient les adhérences probables et très étendues, les connexions vasculaires, les hémorrhagies. De ce côté, leurs prévisions ont été heureusement mal fondées ; il en est souvent ainsi. Il est presque toujours impossible de préciser à l'avance les difficultés qui se présenteront de ce côté. L'opération, au contraire, a été des plus simples, d'une durée très courte, et si ce n'eût été le volume de la tumeur, l'étendue de l'incision, nous n'aurions pu désirer une opération plus simple, plus facile à régler.

On admet généralement que l'on ne doit pratiquer l'hystérectomie que lorsque, par le fait du développement des tumeurs, la vie est compromise, et dans un délai assez rapproché. M. Championnière nous dit (Société de Chirurgie, 20 novembre 1884) que, dans un cas, il a suivi sa malade pendant longtemps avant de l'opérer, et qu'il n'est pas intervenu tant que la vie a été supportable. La tumeur pesait 17 kilos, l'opération n'a pas présenté de grandes difficultés, et cependant l'opérée a succombé à des accidents réflexes analogues à ceux que nous avons observés.

Quelle conclusion tirer du rapprochement de ces faits? Si l'ovariotomie perd chaque jour de sa gravité, si la moyenne de ses succès et de ses revers est définitivement établie, n'est-ce pas, en partie du moins, parce que l'opération est pratiquée de bonne heure dans de bonnes conditions et sans attendre que l'économie ait été ébranlée, compromise par le volume exagéré des kystes, par des ponctions trop répétées. Pourquoi adopter un système différent pour l'hystérectomie? Pourquoi s'exposer à des revers en différant une opération qui s'imposera fatalement? Dans l'observation que nous résumons, notre malade échappe à grand'peine à un érysipèle gangréneux qui succède à une ponction, à une double pneumonie peu de temps après. Les conditions morales de

son existence sont déplorables, et lorsqu'elle vient nous demander, nous imposer presque l'opération, nous ne pouvons plus lui promettre des chances raisonnables de succès.

Malgré les facilités exceptionnelles de l'énucléation, comment, avec des incisions de près de 1 mètre d'étendue, une tumeur du poids de 75 livres, comment espérer que l'économie pourra résister à un pareil traumatisme?

Quelques années auparavant, avec les conditions favorables qui nous étaient faites, tout, au contraire, semblait nous promettre un résultat heureux.

En présence donc d'une tumeur solide, d'un fibrome qui s'accroît d'une façon continue et sensible, il ne faut pas attendre que la vie soit menacée pour intervenir; il faut, comme dans l'ovariotomie, opérer assez tôt pour ne pas compromettre le résultat par une prudence exagérée, une temporisation poussée à son extrême limite.



Sarlat, impr. Michelet, rue de la Charité. 2450-87.